

心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

総社市長 様

申請者 住所

氏名

対象者	氏名	性別	生 年 月 日	受給資格証 記号・番号
	個人番号 ()	男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日	
資格喪失の理由	1. 市外へ転出 2. 治癒 3. 死亡 4. 他の医療給付を受ける 5. その他			
資格喪失年月日		年 月 日		

(注) 受給資格証を添えて提出してください。